

Check-list de sortie d'hospitalisation supérieure à 24 heures

Guide d'utilisation

Février 2015

Ce document est téléchargeable sur :
www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé

Service documentation – information des publics

2, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Introduction

La sortie d'hospitalisation est un moment où les risques de rupture de continuité des soins sont importants avec comme conséquences des réhospitalisations non programmées et une morbi-mortalité évitable. Pour réduire ce risque la HAS a publié depuis 2 ans plusieurs référentiels et outils[1] qui visent à permettre aux acteurs :

1. de travailler à l'organisation de la sortie ;
2. de travailler pour que le parcours de santé en amont et en aval de l'hospitalisation – et pendant bien sûr – soit le plus fluide possible ;
3. de disposer d'outils de contrôle interne, comme la check-list et le compte qualité en tenant compte.

Cette check-list de sortie est destinée à promouvoir la qualité de la sortie du patient hospitalisé en établissement de santé MCO ou de SSR (service de soins de suite et de réadaptation), d'un établissement de santé mentale, ou d'un SLD (service de soins de longue durée). Elle s'adresse aux patients qui quittent une hospitalisation avec hébergement supérieur à 24 heures pour une sortie vers :

- leur domicile ;
- leur domicile dans le cadre d'une structure d'hospitalisation à domicile (HAD) ;
- leur domicile avec une structure d'hébergement médico-sociale type EHPAD ou un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ;
- un SSR, un établissement de santé mentale, un SLD.

Elle ne concerne par les mutations ou transferts d'un établissement vers un autre établissement de même type (par exemple de MCO en MCO).

La check-list comprend les éléments importants à aborder lors de la sortie d'un patient.

Elle doit faire l'objet d'une appropriation par les équipes de soins et les établissements de santé, qui peut conduire à une utilisation différenciée selon les établissements.

[1] HAS. Comment réduire les réhospitalisations évitables des personnes âgées ?
HAS. Comment prévenir les réhospitalisations après une exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive ?
HAS. Comment prévenir les réhospitalisations d'un patient diabétique avec plaie du pied ?
HAS. Plan personnalisé de santé (PPS) PAERPA
HAS. Matrice de maturité en soins primaires
HAS. Comment organiser les fonctions d'appui aux professionnels de soins primaires
HAS. Document de sortie d'hospitalisation supérieure à 24 h

Contexte d’utilisation de la check-list

Cet outil se conçoit au mieux dans le cadre d’une politique d’établissement définissant les conditions de sortie des patients et les organisations cordonnées à mettre en place en relation avec le service social, l’encadrement soignant et les correspondants externes.

Cette check-list est destinée à tous les services de MCO, de SSR, d’un établissement de santé mentale, ou d’un SLD. Cependant, il est souhaitable que son usage s’insère dans une politique d’établissement visant à organiser la sortie des patients. Cette organisation est considérée comme aussi importante que l’activité clinique pour prévenir les réhospitalisations non programmées.

Il est proposé que chaque établissement commence par réaliser un bilan de l’organisation de la sortie des patients dans chacun de ses pôles ou services, en relation avec la direction des soins et le service social. Les correspondants externes que sont les médecins traitants et autres soignants du domicile peuvent également être sollicités. Cette concertation doit aboutir à un plan d’action pour l’organisation de la sortie à l’échelle de l’établissement. Ce plan d’action peut comprendre :

- des mesures visant à une amélioration des procédures de sortie de l’ensemble des patients, au niveau des différents services et pôles de l’établissement ;
- une organisation centralisée des sorties pour les cas les plus complexes.

Cette politique relève :

- du projet d’établissement, au niveau du directoire ;
- du projet médical d’établissement, au niveau de la CME ;
- de la démarche qualité et à ce titre elle a vocation à figurer dans le compte qualité et dans la démarche du patient traceur établis dans le cadre de la certification 2014.

Mode d'emploi général

L'appropriation de la check-list ne doit pas nécessairement être exhaustive. Néanmoins, plusieurs critères sont incontournables.

- La check-list est vérifiée dans les heures qui **précèdent** le départ du patient, de façon rétrospective par rapport au séjour hospitalier : les items à cocher renvoient à des informations documentées dans le dossier du patient, dès le début et au cours de l'hospitalisation. En ce sens elle est autant un outil d'apprentissage pour les équipes de soins qu'un outil de sécurité pour le patient. Pour cela, elle doit être insérée, une fois remplie, dans le dossier du patient, sous forme papier ou informatisée.
- Il est conseillé de vérifier cette check-list avec le patient. Si les contacts ou les actions nécessaires n'ont pas été entrepris, la personne qui vérifie la check-list peut y remédier (sauf pour les items 1, 2, 3, 5 et 8). Par ailleurs, elle demande au patient s'il a besoin d'explications supplémentaires et, dans ce cas, contacte le professionnel de santé concerné.
- Les items comportent trois cases de réponse : « oui », « non » ou « non applicable (NA) ». NA indique que le critère a bien été envisagé, mais qu'il ne s'applique pas au patient Il est principalement modulé par l'absence de risques de réhospitalisation ou de morbidité post-hospitalisation. Par exemple, s'il s'agit d'une hospitalisation simple chez un sujet jeune, sans prescription de médicaments spécifique ni nécessité d'accompagnement particulier après la sortie, les items 10 (contact avec le pharmacien) et 15 (assistance au parcours pour assurer la transition) ne doivent pas être considérés.
- Les deux premiers critères sur le repérage du risque de réhospitalisation et l'évaluation sociale sont des indicateurs majeurs du risque de rupture de soins et contribuent au choix du mode de sortie. À ce titre, ils modulent le remplissage des critères suivants. **Ils doivent donc être effectués pour tous les patients le plus tôt possible après l'admission** (pas de case « NA »).
- Les critères 12 et 13 se réfèrent au document de sortie qui est un élément essentiel de la continuité et de la coordination des soins avec les professionnels d'aval. L'indicateur DEC (délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation) pris en compte dans la certification (Référence 24, critère 24.a : « Sortie du patient ») va évoluer d'ici 2016 vers la mesure du taux de séjours analysés pour lesquels un document de sortie :
  - est remis au patient **le jour de la sortie** et envoyé au médecin traitant et aux professionnels désignés par le patient ;
  - et répond à un contenu qualité reprenant les **cinq rubriques obligatoires** définies dans le document de sortie d'hospitalisation (> 24 h) et à des informations administratives (HAS, 2014. Document de sortie d'hospitalisation supérieure à 24 h).

  Il est donc souhaitable que cette évolution soit anticipée le plus tôt possible dans les établissements de santé.
- Plusieurs items se réfèrent à des interventions qui peuvent être initiées à partir de l'hôpital, en lien avec les acteurs compétents du domicile, pour assurer le maintien du patient à domicile dans de bonnes conditions de sécurité. Ces interventions sont résumées en annexe 1.
- Dans la check-list, le mot « patient » est parfois suivi d'un astérisque (patient*). Cela renvoie à : « patient, ou le cas échéant son entourage (référent, aidant …) ou son représentant légal ».
- Dans la check-list, le terme « professionnels de santé » désigne les professions médicales réglementées par le Code de la santé : médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sages-femmes, et les professions paramédicales : auxiliaire médical ou autre professionnel de santé désigné par le patient.

CHECK-LIST DE SORTIE D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE À 24 HEURES

		OUI	NON	NA
Repérage et évaluation de la complexité				
1.	Le repérage du risque de réhospitalisation a été réalisé	❑	❑	
2.	Une évaluation sociale a été réalisée afin de proposer au patient le mode de sortie	❑	❑	
Information du patient				
3.	Le patient* a été associé au projet de sortie	❑	❑	❑
4.	Les ordonnances de sortie ont été remises et expliquées au patient*	❑	❑	❑
5.	Le patient* a reçu une information ou une éducation afin de lui permettre d'assurer ses soins, sa surveillance et de contacter la personne appropriée en cas de problème. La compréhension par le patient* de ses traitements a été vérifiée	❑	❑	❑
6.	Les rendez-vous ultérieurs sont communiqués au patient*, en précisant s'ils sont pris ou à prendre par le patient*	❑	❑	❑
7.	Si la rédaction de directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance ont été jugées nécessaires, cette information est transmise au médecin traitant	❑	❑	❑
Contacts et continuité				
8.	Dès l'entrée du patient, le médecin traitant et les autres professionnels de santé** du domicile ou du service d'amont ont été contactés	❑	❑	❑
9.	Le médecin traitant et les autres professionnels de santé** du domicile ou du service d'aval ont été prévenus de la sortie du patient	❑	❑	❑
10.	Le pharmacien d'officine ou du service d'aval a été contacté avant la sortie, afin d'assurer la disponibilité des traitements et dispositifs médicaux***	❑	❑	❑
11.	Les services d'aide à la personne utiles au patient ont été contactés	❑	❑	❑
12.	Un document de sortie est remis au patient* le jour de la sortie et adressé au médecin traitant et aux autres professionnels de santé du domicile ou de la structure d'aval	❑	❑	❑
13.	Une alerte a été programmée pour assurer la transmission au médecin traitant des résultats des examens en attente au moment de la sortie	❑	❑	❑
14.	Une fiche de liaison paramédicale est transmise aux professionnels de santé** concernés par des soins spécifiques	❑	❑	❑
15.	Un « assistant parcours », coordinateur d'un réseau de santé ou d'une plate-forme d'appui, a été contacté pour assurer la transition	❑	❑	❑
16.	Une visite ou une consultation du médecin traitant a été organisée après la sortie (selon le besoin)	❑	❑	❑
Logistique				
17.	Les documents et traitements médicaux ainsi que les objets personnels sont restitués au patient*	❑	❑	❑
18.	La date et l'heure de sortie sont compatibles avec l'accueil du patient à domicile ou en structure de suite. Le transport adapté a été prévu	❑	❑	❑

* Patient, ou le cas échéant son entourage (référent…) ou son représentant légal.

** Le terme « professionnels de santé » regroupe les professions médicales réglementées par le code de la santé : médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sages-femmes, et les professions paramédicales : auxiliaire médical ou autre professionnel de santé désigné par le patient.

Mode d'emploi par item

REPÉRAGE ET ÉVALUATION DE LA COMPLEXITÉ

1. Le repérage du risque de réhospitalisation a été réalisé

- De nombreux scores sont utilisés pour prédire le risque de réadmission, validés sur différentes populations, médicales ou chirurgicales, aux urgences ou en hospitalisation comme le TRST (HAS. Comment réduire les réhospitalisations évitables des personnes âgées ?) ou le score G8 (INCa. Un nouvel outil de dépistage gériatrique pour les personnes âgées atteintes de cancer). Les variables retenues sont communes à la plupart des scores : le recours aux urgences ou une hospitalisation non programmée depuis 6 mois, certaines pathologies comme l'insuffisance cardiaque, une pneumonie ou une exacerbation de BPCO, un syndrome coronarien aigu, la polymédication, la précarité ou l'isolement social, des difficultés à réaliser une ou plusieurs activités de la vie quotidienne (AVQ), la présence de troubles thymiques ou cognitifs, etc. Cependant la plupart de ces scores ont des performances discriminatives modestes et sont fondés sur des critères uniquement médicaux, sans référence à la dimension sociale.

- Alternativement l'outil 8Ps – utilisé dans le projet BOOST (*Better Outcomes by Optimizing Safe Transitions*) dans 11 établissements hospitaliers aux États-Unis – comprend 8 variables médicales, sanitaires et psychosociales : Risk Assessment Tool: the 8Ps. Ce projet a résulté en une réduction absolue des réhospitalisations < 30 jours de 2 % *versus* les sites contrôles (p = 0,05) et en une réduction relative avant-après de 13,6 % (p = 0,01). L'objectif est de proposer des interventions appropriées pour réduire chaque risque identifié et de communiquer avec les soignants du domicile. Une liste de 10 facteurs de risque de réadmission est proposée, adaptée du 8Ps et de la fiche points clés HAS. Comment réduire les réhospitalisations évitables des personnes âgées ?

- Cet outil simple d'utilisation pour évaluer le risque de réadmission à 30 jours est proposé en annexe 2. Dans cet outil, un item est l'évaluation de la capacité aux activités de la vie quotidienne (AVQ). Afin de donner des outils d'évaluation objective de l'AVQ, les scores ADL et Mini-IADL sont proposés en annexe 2.

2. Une évaluation sociale a été réalisée afin de proposer au patient le mode de sortie

- Ces éléments permettent de déterminer l'opportunité de l'intervention du service social pendant l'hospitalisation et de choisir le mode de sortie.

- Ils comprennent la recherche de renseignements sur : les conditions d'habitat, l'accessibilité et la fonctionnalité du logement, les aides possibles à domicile pour les courses, la confection des repas et le ménage, l'existence d'un entourage familial ou au contraire de l'isolement social du patient, etc. (cf. annexe 3).

- Différents modes de sortie peuvent être envisagés : le retour à domicile (ordinaire ou avec hébergement de type EHPAD), la sortie dans le cadre de l'HAD ou une mutation dans un autre établissement de santé ou un SSR.

- Différentes aides pourront être mises en place en accord avec le patient : aide ménagère, portage de repas, aide à la toilette, téléalarme, etc.

INFORMATION DU PATIENT

3. Le patient a été associé au projet de sortie

- L'avis du patient ou de son entourage est demandé pour décider du mode de sortie et de son organisation.
- Le patient est informé de tous les professionnels de santé qui seront associés à sa sortie.

4. Les ordonnances de sortie ont été remises et expliquées au patient

L'objectif est de donner une information au patient ou à son entourage sur les traitements prescrits à la sortie en accordant une attention particulière :

- à l'explication des modifications par rapport aux traitements prescrits avant l'hospitalisation en justifiant les modifications : arrêts, rajouts, changement de posologies, durée ;
- à la nécessité de les prendre dès la sortie de l'hospitalisation.

5. Le patient a reçu une information ou une éducation afin de lui permettre d'assurer ses soins, sa surveillance et de contacter la personne appropriée en cas de problème

- Au minimum, il a été expliqué au patient et à son entourage les modalités de prise de ses traitements, leurs effets secondaires possibles et la personne appropriée à contacter en cas de problème de santé ou d'effets secondaires.
- Si une éducation du patient a été entreprise pendant l'hospitalisation, il est recommandé de porter à la connaissance des soignants du domicile ou de la structure d'aval les objectifs éducatifs identifiés et les actions réalisées afin de favoriser la poursuite de l'éducation après la sortie.
- Dans certaines situations et pathologies, un plan d'action peut être remis et expliqué au patient pour faire face aux situations d'urgence : par exemple aux patients atteints de BPCO pour la conduite à tenir en cas d'exacerbation.

Suite à cette information, il faut s'assurer que la compréhension par le patient* de ses traitements a été vérifiée

- La compréhension du patient (ou de son entourage) doit être vérifiée par rapport aux ordonnances qui lui sont remises, la prise des médicaments, les recours aux soins qui lui sont proposés.
- Cette compréhension peut être vérifiée avec une méthode de reformulation telle que celle proposée par la HAS (Cahier des charges de l'expérimentation PACTE, mise en œuvre de la méthode de reformulation[2] - Février 2014).

6. Les rendez-vous ultérieurs sont communiqués au patient, en précisant s'ils sont pris ou à prendre par le patient

- Ces rendez-vous comprennent l'ensemble des rendez-vous médicaux ou avec les services sociaux prévus ou à prévoir (et dans quel délai) à l'hôpital ou en ville y compris avec le médecin traitant.
- Le médecin traitant est tenu informé des rendez-vous ultérieurs du patient.

7. Si la rédaction de directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance ont été jugées nécessaires, cette information est transmise au médecin traitant

- Si l'abord de ces questions a été jugé nécessaire, il faut s'assurer de la transmission de l'information au médecin traitant dans tous les cas :
  - si la démarche a été menée à bien, afin que le médecin traitant soit informé des documents produits ;
  - si la démarche n'a pas été menée à bien, afin qu'il puisse aborder ces questions lors d'une consultation ultérieure.

[2] La HAS proposera en 2015 un outil de reformulation (*teach back).*

CONTACTS ET CONTINUITÉ

8. Dès l'entrée du patient, le médecin traitant et les autres professionnels de santé du domicile ou du service d'amont ont été contactés

- L'objectif de la prise de contact avec l'équipe soignante habituelle du patient (médecin traitant, infirmier, etc.) est de connaître les difficultés préexistantes pour optimiser son projet de sortie en association avec le médecin traitant et les autres professionnels de santé concernés.
- Le contact avec le pharmacien d'officine est indispensable lorsqu'une conciliation médicamenteuse est réalisée : en général au moins 3 sources doivent être consultées pour établir la liste exhaustive des médicaments pris par le patient à l'entrée, et le pharmacien d'officine est la meilleure source d'information.

9. Le médecin traitant et les autres professionnels de santé du domicile ou du service d'aval ont été prévenus de la sortie du patient

- Afin de vérifier que le médecin traitant pourra sans difficulté assurer le suivi du patient à son cabinet ou au domicile du patient.
- Afin de détailler les protocoles de soins et de proposer un numéro d'appel pour toutes questions.

10. Le pharmacien d'officine ou du service d'aval a été contacté avant la sortie, afin d'assurer la disponibilité des traitements et dispositifs médicaux

- Dans tous les cas, contacter à l'avance le pharmacien permet d'anticiper les ruptures d'approvisionnement et de faciliter la délivrance des traitements et des dispositifs particuliers.
- Dans certains cas (par ex. lorsqu'une chimiothérapie est prescrite en ambulatoire ou lorsqu'une conciliation médicamenteuse est réalisée) un courrier pharmaceutique peut être adressé au pharmacien d'officine ou du service d'aval pour assurer la sécurisation du traitement.

Le service d'aval peut être notamment représenté par les SSR ou les pharmaciens d'officine intervenant en EHPAD.

Rédigé par le pharmacien hospitalier, le courrier pharmaceutique compare, par le moyen d'une conciliation médicamenteuse, les traitements avant l'hospitalisation et à la sortie, et justifie les modifications de traitement.

11. Les services d'aide à la personne utiles au patient ont été contactés

- Ce contact peut être pris auprès des services fournissant les prestations utiles au maintien à domicile ou directement auprès des personnes désignées par le patient ou son entourage comme pouvant jouer ce rôle :
  - technicien(ne) d'intervention sociale et familiale (pour les enfants en bas âge), qui aide les familles pour éviter le placement des enfants et maintenir la cohésion sociale, pris(e) en charge partiellement par la CAF ;
  - auxiliaire de vie sociale (garde-malade de jour ou de nuit), qui aide les personnes pour les actes de la vie quotidienne (lever, alimentation, habillage, etc.), les activités ordinaires (préparation des repas, etc.) et les activités de la vie sociale et relationnelle, pris(e) en charge partiellement dans le cadre des soins palliatifs ;
  - aide à domicile pour l'entretien du lieu de vie, les courses, la préparation des repas ;
  - le portage des repas par des prestataires : un guide a été édité par le ministère de la Santé et des Affaires sociales pour guider les démarches, indiquer les critères qualité, etc. [3]

Il est également utile de s'assurer que les démarches en vue de l'obtention des aides financières relatives aux aides à domicile ont été effectuées : service social de l'hôpital ou du domicile (CCASS, CLIC, etc.).

[3] Guide d'amélioration du service de portage de repas à domicile pour les personnes âgées http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/GuidePortage-3.pdf

12. Un document de sortie est remis au patient et adressé au médecin traitant et aux autres professionnels de santé du domicile ou de la structure d'aval

Ce document de sortie peut assurer à la fois les fonctions de continuité des soins et de synthèse de l'hospitalisation. Il est remis au patient et adressé au médecin traitant et aux autres soignants du domicile désignés par le patient le jour de la sortie.

- Il contient 5 rubriques obligatoires (bilan comparatif des traitements médicamenteux à l'entrée et à la sortie avec justification des différences, motif d'hospitalisation, synthèse médicale du séjour, suites à donner, actes complémentaires, examens complémentaires et biologiques signifiants) plus des rubriques optionnelles (HAS. Document de sortie d'hospitalisation supérieure à 24 h).
- Les échanges d'informations entres les services d'aide à la personne et les soignants sont encouragés, et à cette fin leurs coordonnées respectives sont inscrites dans le document de sortie.
- Si le document de sortie est complet il vaut CRH, sinon il peut être complété des éléments en attente dans les jours suivants.
- Il est déposé dans le DMP pour les personnes atteintes de maladies chroniques.

13. Une alerte a été programmée pour assurer la transmission au médecin traitant des résultats des examens en attente au moment de la sortie

Le risque de non-transmission de ces résultats est un risque majeur de rupture de continuité des soins. L'alerte peut être programmée sur l'ordinateur d'une assistante ou du responsable de la sortie. Un accès sécurisé direct aux résultats en attente peut également être proposé au patient.

14. Une fiche de liaison paramédicale est transmise aux professionnels de santé concernés par des soins spécifiques

- Pour assurer la continuité des soins paramédicaux entre les infirmières de l'hôpital et celles intervenant à domicile, par exemple pour préciser les protocoles de pansements ou d'injection d'insuline.
- En complément du document de sortie

15. Un « assistant parcours », coordinateur d'un réseau de santé ou d'une plate-forme d'appui, a été contacté pour assurer la transition

- Cela concerne les patients dont la (les) pathologie(s) ou la situation rendent nécessaire un accompagnement spécifique par une tierce personne pendant plusieurs semaines après la sortie pour assurer la transition entre l'hôpital et le domicile. La recherche d'une compétence de coordination/accompagnement disponible localement doit être faite avec l'accord et l'aide du médecin traitant.
- Cet accompagnement est réalisé suivant les modalités définies dans la fiche Points clés HAS. Comment organiser les fonctions d'appui aux professionnels de soins primaires. Il est disponible auprès de certains réseaux de santé, de MAIA ou de plates-formes d'appui. La mise en place de « guichets intégrés » peut simplifier les contacts pour le personnel hospitalier chargé d'organiser la sortie.

16. Une visite ou une consultation du médecin traitant a été organisée après la sortie (selon le besoin)

- Cette visite ou consultation peut être programmée lorsque l'intervention précoce du médecin traitant est rendue nécessaire par la pathologie ou la situation du patient. En général, elle doit intervenir dans les 7 ou les 14 jours après la sortie, parfois plus tôt. À titre d'exemple on peut citer le retour à domicile après décompensation

d’une insuffisance cardiaque, après exacerbation de BPCO, avec une plaie du pied diabétique ou des personnes âgées fragiles.

- Le rendez-vous doit être pris auprès du médecin traitant ou de son secrétariat et doit être explicitement communiqué au patient.

Dans certains cas, un appel téléphonique post-hospitalisation peut être prévu

- La faisabilité de cet appel nécessite une organisation interne à l’établissement et un ciblage des patients qui en bénéficient. Il ne doit pas être systématique : il est réservé aux patients pour qui une prise en charge sanitaire ou sociale spécifique a été mise en place dès la sortie.
- Son objectif est de s’assurer que ce qui a été prévu a bien été effectué et de vérifier que le patient ou son entourage n’ont pas rencontré de problème imprévu après la sortie. Il peut avoir lieu entre J1 et J3, en fonction de la complexité de la prise en charge du patient. Il peut s’adresser au patient ou à un soignant.

LOGISTIQUE

17. Les documents et traitements médicaux ainsi que les objets personnels sont restitués au patient

- Cela concerne les effets personnels du patient mais aussi les examens d'imagerie ou les résultats de biologie apportés par le patient.
- Il faut porter attention aux médicaments interrompus pendant l'hospitalisation, qui ne doivent pas être rendus systématiquement aux patients : c'est le cas des médicaments contre-indiqués ou en doublon avec le nouveau traitement, après information et accord du patient.

18. La date et l'heure de sortie sont compatibles avec l'accueil du patient à domicile ou en structure de suite. Le transport adapté a été prévu

- Dans toute la mesure du possible les sorties non programmées le vendredi ou le samedi après 14 h doivent être évitées, sauf demande expresse du patient ou de sa famille et arrangements en conséquence.
- Le transport pour regagner le domicile doit être adapté à la situation du patient et à son accompagnement. Cela peut être un VSL ou une ambulance (rappel des critères de choix de ce transport) mais aussi un taxi ou un véhicule personnel.

Annexe 1. Leviers pouvant être actionnés par l'équipe hospitalière pour assurer le suivi post-sortie

- Appel téléphonique du patient 1 à 3 jours après la sortie
- Organiser une visite du médecin traitant moins de 7 jours après la sortie ou moins de 14 jours après la sortie
- Obstétrique : organiser un suivi par une sage-femme moins de 7 jours après la sortie et pendant la durée de surveillance nécessaire
- Organiser un suivi par infirmière à domicile pendant 1 à 3 mois
- Organiser la mise à disposition des médicaments et dispositifs par le pharmacien d'officine (appel, courrier, prescription d'une PDA[4])
- Favoriser la poursuite en ambulatoire de l'éducation débutée à l'hôpital en transmettant une fiche des objectifs éducatifs
- Programmer des consultations spécialisées
- Organiser les aides sociales nécessaires au patient
- Organiser la sortie du patient en HAD
- Confier le patient à un assistant parcours d'un réseau de santé ou d'une plate-forme
- Aborder la rédaction de directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance

[4] Préparation des doses à administrer

Annexe 2. Proposition d'outils pour le repérage du risque de réhospitalisation (critère 1)

FACTEURS DE RISQUE DE RÉHOSPITALISATION ADAPTÉS DU SCORE 8PS (PROJET BOOST)	
• Admission pour insuffisance cardiaque	☐
• Admission pour pneumopathie ou exacerbation de BPCO	☐
• Admission pour syndrome coronarien aigu	☐
• Cancer métastasé ou probabilité de soins palliatifs < 1 an	☐
• Antécédent d'hospitalisation non programmée < 6 mois	☐
• Syndrome gériatrique : dénutrition, dépression, chute, troubles cognitifs, escarre	☐
• Situation sociale défavorable : précarité, isolement, veuvage récent ou instabilité de l'état de santé de l'aidant naturel	☐
• Polymédication : prise régulière ≥ 10 médicaments/jour ou ≥ 5 médicaments dont 1 à risque élevé : anticoagulant, double antiagrégant, diurétique, BZD...	☐
• Diminution récente de la capacité à gérer les AVQ, en particulier à se nourrir soi-même	☐
• Incapacité à comprendre son traitement attestée par l'échec à la reformulation des explications données	☐

Échelle des activités de la vie quotidienne (ADL de Katz)

Évalue de manière objective les activités de la vie quotidienne (AVQ).

Un score de 6 indique une autonomie complète. Un sujet âgé dont le score est inférieur à 3 est considéré comme dépendant.

ACTIVITÉS		ÉTAT
Toilette (lavabo, bain ou douche)	1	Besoin d'aucune aide.
	0,5	Besoin d'aide pour une seule partie du corps (dos, jambes ou pieds).
	0	Besoin d'aide pour la toilette de plusieurs parties du corps, ou toilette impossible.
Habillage (prend ses vêtements dans l'armoire ou les tiroirs, sous-vêtements et vêtements d'extérieur compris ; utilise boutons et fermeture Éclair)	1	Besoin d'aucune aide.
	0,5	Besoin d'une aide uniquement pour lacer ses chaussures, boutonner, fermer une fermeture Éclair.
	0	Besoin d'aide pour prendre ses vêtements ou s'habiller, ou reste partiellement ou complètement déshabillé(e).
Aller aux W.-C. (pour uriner ou déféquer, s'essuyer et se rhabiller)	1	Besoin d'aucune aide (aide possible pour se rendre aux W.-C. : canne, fauteuil roulant, etc.).
	0,5	Besoin d'une aide.
	0	Ne va pas aux W.-C.
Locomotion	1	Besoin d'aucune aide pour entrer et sortir du lit, s'asseoir ou se lever d'une chaise (peut utiliser un support comme une canne ou un déambulateur).
	0,5	Besoin d'une aide.
	0	Ne quitte pas le lit.
Continence	1	Contrôle complet des urines et des selles.
	0,5	Accidents occasionnels.
	0	Incontinence totale, nécessité de sondage ou de surveillance permanente.
Alimentation	1	Besoin d'aucune aide.
	0,5	Besoin d'aide pour couper la viande ou beurrer le pain.
	0	Besoin d'aide complète ou alimentation artificielle.

Échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne

Mini-IADL

Le Mini IADL permet d’évaluer le comportement et l’utilisation des outils usuels.

Ce test peut être rempli par un proche du patient ou par un accompagnant.

Il comporte 4 items pour chacun desquels il y a 3 ou 4 propositions de réponse ; choisir la réponse qui correspond le mieux aux capacités du patient.

À chaque réponse, est attribué un score de 0 ou 1.

En fin de test, additionner les scores : le résultat du test d’autonomie est compris entre 0 et 4.

CAPACITÉ À UTILISER LE TÉLÉPHONE	
Je me sers du téléphone de ma propre initiative, cherche et compose les numéros, etc.	0
Je compose un petit nombre de numéros de téléphone bien connus	1
Je réponds au téléphone mais n’appelle pas	1
Je suis incapable d’utiliser un téléphone	1
CAPACITÉ À UTILISER LES MOYENS DE TRANSPORT	
Je peux voyager seul(e) de façon indépendante (par les transports en commun ou bien avec ma propre voiture)	0
Je peux me déplacer seul(e) en taxi, pas en autobus	1
Je peux prendre les transports en commun si je suis accompagné(e)	1
Je ne me déplace pas du tout	1
RESPONSABILITÉ POUR LA PRISE DES MÉDICAMENTS	
Je m’occupe moi-même de la prise : dosage et horaires	0
Je peux les prendre de moi-même à condition qu’ils soient préparés et dosés à l’avance	1
Je suis incapable de les prendre de moi-même	1
CAPACITÉ À GÉRER SON BUDGET	
Je suis totalement autonome (gérer le budget, faire des chèques, payer des factures, etc.)	0
Je me débrouille pour les dépenses au jour le jour, mais j’ai besoin d’aide pour gérer mon budget à long terme (planifier les grosses dépenses)	1
Je suis incapable de gérer l’argent nécessaire à mes dépenses au jour le jour	1

Annexe 3. Exemple de questionnaire sur les conditions de vie du patient

Extrait de la fiche Points clés et solutions, HAS novembre 2014 « Comment prévenir les réhospitalisations d'un patient diabétique avec plaie du pied ? »

Il ne s'agit pas d'un questionnaire auto-administré, les questions pourront être reformulées si le patient ne les a pas comprises. Il est utile d'impliquer l'entourage avec l'accord du patient.

1. Vivez-vous en maison individuelle ou en appartement ?
2. L'immeuble est-il équipé d'un ascenseur ?
3. Avez-vous des marches au sein de votre logement ?
4. Avez-vous sur le même étage lit, salle d'eau, toilettes ?
5. Un fauteuil roulant peut-il circuler dans votre logement ?
6. Les toilettes et la salle d'eau sont-elles accessibles à un fauteuil roulant ?
7. Vivez-vous seul ?
8. Si oui, qui fait les courses ? La cuisine ? Le ménage ?
9. Avez-vous une téléalarme ?
10. Qui partage éventuellement votre logement ? Conjoint, enfant(s), fratrie, etc.
11. Votre entourage pourra-t-il assumer les courses, la cuisine, le ménage ?
12. Avez-vous des personnes à charge ?
13. Avez-vous des animaux domestiques ?
14. Qui s'en occupe en votre absence ?
15. Quelqu'un pourra-t-il ouvrir la porte aux différents intervenants de l'HAD ?
16. Votre médecin traitant assure-t-il des visites à domicile ?
17. Avez-vous déjà un(e) IDE pour les injections d'insuline ? Les pansements ?
18. Allez-vous chez le pédicure-podologue ? À quelle fréquence ?
19. Avez-vous une prise en charge par un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et/ou un service d'aide à domicile ?
20. Quelles sont vos ressources ?
21. Travaillez-vous ? Dans quel domaine ?
22. L'arrêt de travail pose-t-il problème ?
23. Quelles sont les contraintes qui vous semblent les plus insurmontables pour vous ?


HAS